

CNDE

PATROCINADORA

1996.0037-47

ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS – APS

1. Nome Completo do Participante (sem abreviações):

2. Matrícula na Patrocinadora:

3. CPF:

4. Telefone Celular:

5. Unidade:

6. E-mail:

7. Manutenção de Contribuição Normal:

Período de manutenção: / / a / /

Solicito a **manutenção** das minhas contribuições ao Plano Sarahprev, conforme período acima, e declaro que esta decisão é tomada de livre e espontânea vontade.

Estou ciente de que, durante o período de manutenção devo recolher as contribuições diretamente ao plano até o dia 15 do mês seguinte ao mês de competência do fato gerado da contribuição.

Ciente também de que o não recolhimento das contribuições por 3 (três) meses consecutivos ou alternados, no período de um ano, importará no cancelamento da minha inscrição, conforme previsto no Art. 6º do regulamento.

Declaração:

Declaro que as informações acima são verdadeiras, estando ciente de que o Sarah Previdência poderá, a qualquer momento, exigir prova dos dados prestados.

Local**Data****Assinatura do Participante**

, de de 20

Vigência: Maio/2025